

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

1925

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René LANGLOIS

Né à Malaunay, le 20 Janvier 1897

A PROPOS
DE LA VALEUR DIAGNOSTIQUE
DU GANGLION DE TROISIER

*« Je n'ai jamais considéré le ganglion
sus-claviculaire comme un signe
pathognomonique de cancer.*

(TROISIER). »

Président : M. LEJARS, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René LANGLOIS

Né à Malaunay, le 20 Janvier 1897

A PROPOS
DE LA VALEUR DIAGNOSTIQUE
DU GANGLION DE TROISIER

*« Je n'ai jamais considéré le ganglion
sus-claviculaire comme un signe
pathognomonique de cancer.*

(TROISIER). »

Président : M. LEJARS, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1925

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNÉO.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale.....	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
	MARFAN.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies des enfants.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	JEANSELME.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TEISSIER.
Clinique des maladies infectieuses.....	DELBET.
	HARTMANN.
Clinique chirurgicale.....	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	De LAPERSONNE.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER...	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER..	Urologie.
HOVELACQUE..	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL...	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT...	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils...	Physiologie.
ROUVIÈRE....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU...	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS.....	Physiologie.
GOUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.

RETTERRER....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	MM.
AUVRAY..... Clinique chirurgicale.	OMBREDANNE. Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU Clinique chirurgicale.	PROUST Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.	RATHERY..... Clinique médicale.
LEREBoullet. Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
LÉRI Clinique médicale.	TERRIEN..... Cliniqu. ophtalmologique.
LÉPER Clinique médicale.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	
N.	
LEDoux-LEBARD.....	
	Stomatologie.
	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DIRECTEUR
ET A MESSIEURS LES PROFESSEURS
de l'Ecole de Médecine de Rouen

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

A M. LE PROFESSEUR CHARLES BATAILLE, *in memoriam*.

M. LE DOCTEUR NÉE

M. LE PROFESSEUR HALIPRÉ

M. LE DOCTEUR PAYENNEVILLE

M. LE DOCTEUR VALLÉE

M. LE PROFESSEUR MARTIN

A M. LE DOCTEUR JACQUES LE GRAND
Professeur à l'Ecole de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux

*Inspirateur de ce travail,
Hommage de profonde gratitude.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LEJARS
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Officier de la Légion d'Honneur

*Hommage respectueux de profonde
reconnaissance pour l'honneur
qu'il nous a fait de bien vouloir
présider notre thèse.*

INTRODUCTION

Actuellement, sous le nom de signe de Troisier, on a tendance à attribuer toujours au cancer et en particulier au cancer d'estomac une adénopathie sus-claviculaire.

On a vécu sur cette idée et cependant ce n'est pas l'opinion même de Troisier qui, douze ans environ après la publication de ses premiers travaux sur les ganglions sus-claviculaires, disait à la Société médicale des Hôpitaux : (1)

« Je n'ai jamais considéré le ganglion sus-claviculaire comme un signe pathognomonique de cancer ».

Ce signe a d'ailleurs été contesté dès le début mais on n'en a pas moins continué à lui attacher une grosse importance.

Nous voudrions par ce modeste travail montrer que le cancer n'est pas seule cause de l'adénopathie sus-claviculaire, qu'elle est extrêmement rare, qu'elle est assez souvent une cause d'erreurs et qu'on lui accorde généralement un trop grand crédit.

Il existe d'ailleurs d'autres signes tels que le « Pelvic Deposit » des auteurs américains et le « froncement induré de l'ombilic » que l'on ne recherche pas systéma-

(1) Troisier : Soc. Méd. Hôp., 28 juill. 99. p. 756.

tiquement et qui cependant nous paraîtraient tout aussi importants.

Suivant Henoch (1) c'est Virchow qui le premier aurait indiqué comme signe de diagnostic certain des cancers abdominaux l'adénopathie sus-claviculaire gauche. Henoch lui-même insiste à plusieurs reprises sur la valeur de ce signe d'abord à propos du cancer du foie, puis à propos du cancer de l'estomac. « Le diagnostic devient plus certain, dit-il, lorsqu'on trouve des ganglions dégénérés au-dessus de la clavicule ».

Plus tard, en 1865, dans une clinique sur le diagnostic du cancer de l'estomac, Oppolzer (2) s'exprime de la sorte : « Un des signes les plus importants qui peut servir à différencier le cancer de l'ulcère de l'estomac c'est l'hypertrophie des ganglions lymphatiques et notamment des aisselles et du cou ».

Dans une leçon (1) faite à l'Hôpital de la Charité, le professeur Jaccoud insiste sur la valeur séméiologique des ganglions sus-claviculaires dans les cancers viscéraux (1).

En 1874, Freidreich, dans une leçon sur le cancer de l'estomac, fait ressortir l'importance de ce même signe pour le diagnostic. Dans l'observation du malade qui a fait le sujet de cette clinique, voici ce qu'on peut lire : « La fosse sus-claviculaire gauche est remplie par un

(1) Henoch : Klinik des Unterliebs Kraukisten 1854 1^{er} vol. p. 223, 2^e vol. p. 159.

(2) Oppolzer Weiner Medicinische Wochenschrift 1865, p. 38.

(1) Jaccoud : Leçons de clinique méd. faites à la Charité, 1886, 5^e leçon.

paquet de ganglions lymphatiques durs, non douloureux, de la grosseur d'une noisette ».

A propos d'une observation du cancer latent de l'estomac, Leube (1), en 1876, fait la réflexion suivante : « Un indice déjà plus certain de l'existence du cancer de l'estomac que la simple cachexie, c'est la tuméfaction des ganglions périphériques, avant tout de ceux de la région sus-claviculaire ». Il ajoute un peu plus loin : « Toutefois elle manque assez souvent et peut naturellement tenir à d'autres causes ».

Mazand (2), dans sa thèse sur les nodosités sous-cutanées dans le cancer viscéral, dit ceci : « Ces tumeurs ganglionnaires n'appartiennent pas exclusivement au cancer du médiastin. Sans compter toutes les affections locales et les états généraux qui peuvent s'accompagner de ce symptôme, il est des observations parfaitement précises qui nous le montrent se rattachant à l'envahissement cancéreux d'organes plus ou moins éloignés. Tantôt le poumon, le péricarde ou la plèvre, tantôt l'estomac, le péritoine ou le foie. C'est là un fait moins généralement connu et plus difficile à expliquer. Et il ajoute que Grizolle voyant survenir au milieu de symptômes gastriques plus ou moins obscurs une induration des ganglions sus-claviculaires n'hésitait point à porter le diagnostic de cancer stomacal.

La question semblait tombée dans l'oubli lorsqu'en 1886, dans une communication à la Société Médicale des

(1) Leube : Zimssen's Handbuch, Bd VII, 2, 1879, p. 127. *Krankheiten des Chylopoet*, App. I.

(2) Mazand : Thèse, Paris, 1877.

Hôpitaux, M. Troisier (1886, p. 394) rappela sur elle l'attention des cliniciens. L'auteur avait surtout pour but de démontrer l'importance de l'adénopathie sus-claviculaire dans le diagnostic du cancer de l'estomac, « Je me propose de prouver qu'elle existe dans le cancer de l'estomac. Bien que je n'en aie que trois cas, j'espère que le fait vous paraîtra suffisamment démontré ». Il dit déjà à ce moment que cette propagation est tout à fait exceptionnelle. Il cite donc les observations suivantes :

1° X., homme 48 ans, très amaigri, peau terreuse, vives douleurs d'estomac, vomissements, pas de tumeur épigastrique, douleur à la palpation, tumeur de la grosseur d'une petite noix dans le creux sus-claviculaire gauche ;

2° W., âgé de 60 ans, ganglion de la grosseur d'une noix, mobile, non douloureux ;

3° L., âgé de 45 ans, ganglion sus-claviculaire, avec cancer d'estomac.

Ces trois malades étaient à la dernière période de leur cancer, ils sont tous les trois morts de 1 à 2 mois après l'examen. Un seul a été vérifié et il n'a été fait aucun examen histologique.

Voici d'ailleurs les conclusions de Troisier : « Les faits que je viens de vous communiquer me paraissent démontrer que le cancer de l'estomac peut, *exceptionnellement il est vrai*, se propager aux ganglions du creux sus-claviculaire. Il semble même résulter de leurs trois observations et des deux faits rapportés l'un par Hénoc, l'autre par Friedreich, que cette altération secondaire des ganglions atteint surtout le côté gauche du cou.

C'est une preuve de généralisation du cancer, mais avec un point d'élection ».

En 1888, Troisier fait une nouvelle communication (1) sur un cas de cancer de l'ovaire avec adénopathie sus-claviculaire droite et gauche, tous les ganglions périphériques étaient pris. La même année, le Dr André Petit publiait un cas de cancer de l'utérus avec ganglion sus-claviculaire gauche (2),

Ces communications provoquèrent dès lors la publication d'une série d'observations et l'on put bientôt se rendre compte que ce signe se rencontrait non seulement dans le cancer de l'estomac, mais aussi dans la plupart des cancers de l'abdomen. C'est ce qui résulte du mémoire publié en 1889, par M. Troisier (3), où il réunit un certain nombre d'observations personnelles et beaucoup de faits antérieurs dans lesquels l'adénite est signalée, soit incidemment, soit comme une localisation importante et voici comment il termine son mémoire : « L'adénopathie sus-claviculaire est loin d'être commune, lorsqu'elle existe elle constitue un signe de grande de valeur. Bien souvent, dit-il, elle permet de déterminer la nature d'une affection plus ou moins obscure de l'abdomen. Elle éclaire les cas désignés sous le nom de cancers latents, qu'il s'agisse de l'estomac ou de tout autre viscère abdominal. On devra donc toujours explorer les régions sus-claviculaires lorsqu'on se trouve en présence d'une affection organique de l'abdomen.

(1) Société Méd. Hôp., 1888, p. 501. Troisier.

(2) Ibid. 1888, p. 26. Petit.

(3) Troisier. Adénopathies sus-claviculaires dans le cancer de l'abdomen. Archives gén. de Méd., 1889, p. 129 et 297.

C'est un signe du plus fâcheux pronostic, un indice de généralisation du cancer, une contre-indication chirurgicale. »

En 1893 (1), dans un nouveau mémoire, il déclare qu'il croit avoir contribué à faire prendre place dans la séméiologie, l'adénopathie sus-claviculaire dans les affections cancéreuses de l'abdomen.

Et il termine sa nouvelle communication en disant : « On voit quelle est la signification du ganglion sus-claviculaire et en même temps quelle est son importance clinique. *C'est un signe de la plus grande valeur* que l'on devra rechercher systématiquement dans les affections de l'abdomen, comme on recherche les ganglions de l'aisselle dans les tumeurs du sein. »

L'auteur qui a décidément attaché son nom à l'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers de l'abdomen, rapporte la première observation de cancer testiculaire où le signe ait été observé. La même année, M. le professeur A. Poncet, de Lyon (1), qui a rencontré deux cas semblables, les communique à la Société de Médecine de Lyon.

Nous ne pouvons passer sous silence l'excellente thèse de M. Belin (1888), très documentée sur les adénopathies externes à distance des cancers viscéraux, qui avait été d'une grande utilité à M. Troisier pour ses travaux. Mais déjà, à partir de ce moment, ce signe fut la cause d'un certain nombre d'erreurs, ainsi on ne tarda pas à publier des observations que nous présenterons dans un autre

(1) Troisier. Arch. gén. de méd., 1893, p. 423.

(1) Lyon Médical, 31 décembre 1893. Poncet.

chapitre. C'est d'ailleurs à cette époque que Troisier lui-même, déclara « qu'il n'avait jamais considéré le ganglion sus-claviculaire comme un signe pathognomonique de cancer. »

Auparavant, nous donnerons un aperçu anatomique du système lymphatique sus-claviculaire normal, puis nous nous efforcerons de décrire la symptomatologie de cette adénopathie cancéreuse, telle que M. Troisier la concevait.

I. — Anatomie.

Il n'est pas, croyons-nous, inutile de préciser quelques points de l'anatomie des ganglions sus-claviculaires ; au point de vue de leur situation, de leurs afférents et de leurs efférents.

Cunéo (Traité d'anatomie de Poirier), en distingue deux groupes :

L'un à la partie supérieure de la région sus-claviculaire formé de très nombreux ganglions au-dessous de l'aponévrose cervicale superficielle au-dessus du splénius de l'angulaire et des scalènes.

Plongés dans du tissu adipeux, ces ganglions sont relativement haut puisqu'ils entrent en rapport avec les branches du plexus cervical, le rameau trapèzien de la branche externe du spinal et l'artère cervicale ascendante.

Le groupe inférieur des ganglions sus-claviculaires occupe deux points différents en profondeur :

Les plus superficiels sont en avant de l'aponévrose moyenne en rapport avec la partie terminale sous aponévrotique de la jugulaire externe et avec les rameaux sus-claviculaires du plexus cervical au moment où ceux-ci vont perforer l'aponévrose superficielle au-dessus de la clavicule.

Les plus profonds sont en arrière de l'aponévrose

moyenne et de l'omohyoïdien en avant de la troisième portion de la sous-clavière et des nerfs du plexus brachial.

Truffert, dans son récent ouvrage sur les aponévroses et les loges du cou, situe ces ganglions différemment.

La loge des ganglions sus-claviculaires est pour lui située *derrière l'aponévrose moyenne* entre elle et l'aponévrose cervicale transverse qui réunit jugulaire externe et jugulaire interne.

Derrière cette aponévrose est la loge cervicale profonde où l'on trouve de façon constante à gauche la crosse terminale du canal thoracique et quelques rares ganglions lymphatiques annexés à la veine jugulo-vertébrale.

Une coupe schématique du creux sus-claviculaire gauche que nous reproduisons en la simplifiant un peu montre très nettement cette disposition:



LÉGENDE

**Coupe horizontale schématique du creux
sus-claviculaire gauche**
(en partie d'après Truffert).

- | | |
|--|---|
| 1. Trapeze. | 10. Nerf pneumogastrique. |
| 2. Sterno mastoïdien. | 11. Artère carotide primitive. |
| 3. Aponevrose cervicale superficielle. | 12. Muscles scalènes. |
| 4. Veine jugulaire externe. | 13. Artère vertébrale. |
| 5. Omoplate et angulaire. | 14. Ganglion cervical inférieur du sympathique. |
| 6. Omo hyoïdien et aponevrose cervicale moyenne. | 15. Canal thoracique. |
| 7. Sterno cleïdo hyoïdien et aponevrose cervicale moyenne. | 16. Aponevrose cervicale transverse séparant: |
| 8. Corps thyroïde. | a) loge ganglionnaire principale. |
| 9. Veine jugulaire interne. | b) ganglions profonds. |

Les afférents des ganglions sus-claviculaires sont :

1° Les lymphatiques émanés de la partie postérieure du cuir chevelu, de la peau et des muscles de la nuque ;

2° Des lymphatiques venus des téguments de la région pectorale et de la région mammaire par des troncs passant au-dessus de la clavicule ;

3° Les lymphatiques satellites de la veine céphalique qui, venant du membre supérieur, passent également au-dessus de la clavicule ;

4° Une partie des efferents des ganglions axillaires et surtout de ceux satellites de l'artère humérale.

On voit donc que ces ganglions ne reçoivent pas de vaisseaux émanés des ganglions médiastinaux.

Donc, dit Cunéo, les cas d'adénites sus-claviculaires consécutives à des néoplasmes médiastinaux ou abdominaux ne peuvent s'expliquer que par une thrombose rétrograde des efférents de ces ganglions sus-claviculaires.

Les efférents des ganglions sus-claviculaires s'unissent aux efférents des ganglions sterno-mastoïdiens pour constituer le tronc commun jugulaire qui, à gauche, débouche ordinairement dans le crochet terminal du canal thoracique alors que le tronc axillaire et le tronc broncho-médiastinal gauche s'ouvrent directement dans le confluent veineux jugulo-sous-clavier.

II. — *Symptomatologie.*

L'adénopathie cancéreuse sus-claviculaire est ordinairement formée d'une masse unique qui est une agglomération de ganglions, dont le volume est variable de la grosseur d'un pois à celle d'un œuf de pigeon. Cette masse a une consistance ligneuse, une dureté pierreuse, douée d'une grande mobilité, sans adhérence à la peau et le plus souvent indolore. Elle se localise de préférence du côté gauche, en effet, sur une série de 37 observations. Rousseau la trouve 29 fois du côté gauche, 4 fois du côté droit et 4 autres fois des deux côtés. Son apparition est tardive et l'on peut dire que c'est une manifestation terminale de la maladie. On a rarement constaté une survie de plus de deux mois après l'apparition de l'adénopathie.

Rousseau, dans sa thèse (Paris 1895) sur l'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers viscéraux, affirme sans crainte avec Troisier que lorsqu'on la trouve avec tous les caractères que nous venons d'essayer de décrire aussi fidèlement que possible, c'est un signe pathognomonique d'une affection cancéreuse interne. Tout d'abord elle permet d'affirmer le diagnostic dans les cas douteux ».

Mais il y a d'autres adénopathies du creux sus-clavi-

(1) Rousseau : Thèse, Paris, 1895. De l'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers viscéraux.

culaire coexistant avec d'autres affections que le cancer et qui peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic si l'on n'y prend garde, nous voulons parler de celles qui accompagnent parfois la tuberculose et la syphilis.

Nous allons maintenant passer en revue un certain nombre d'observations anciennes où cette adénopathie a été cause d'erreurs.

L'adénopathie sus-claviculaire peut se rencontrer chez des malades atteints de tuberculose pulmonaire. Catrin (1) a vu dans son service un tuberculeux porteur d'adénopathies assez généralisées qui guérit cependant de son affection au point que toutes les adénites rétrocedèrent, excepté cependant celle qui siégeait en ce groupe spécial sur lequel Troisier a le premier attiré l'attention. L'affection localisa longtemps en ce point puis cette adénopathie finit elle-même par guérir.

Fernet (1) ajoute que l'adénite sus-claviculaire peut se montrer au cours de la tuberculose pulmonaire, alors que l'on est loin encore de la période de cachexie et même au contraire dans les phases initiales. M. Girode (2), pour prouver la difficulté que peut présenter parfois le diagnostic de cette adénopathie spéciale, rapportait en 1895 à la Société Médicale des Hôpitaux, l'observation suivante :

Il s'agit d'une femme de 46 ans, entrée le 15 février 1894 à Beaujon, elle présente depuis deux mois des troubles dyspep-

(1) Bulletin Soc. Méd. Hôp. 1893, p. 800. Catrin.

(1) Bull. Soc. Méd. Hôp., 1893, p. 801.

(2) Girode. *Ibid.*, 1895, p. 73.

tiques, des vomissements, des douleurs épigastriques. Elle a une teinte subictérique peu prononcée, la peau est sèche, l'urine rare et foncée. Le foie est augmenté de volume, mais sans nodosités. Il y a un peu d'ascite.

Dans la région sus claviculaire, il existe trois ganglions altérés, le plus gros ayant le volume d'une noisette. Ils sont bien isolés les uns des autres, durs, un peu mobiles, non adhérents à la peau. On procède à l'ablation du plus gros pour l'examiner.

L'état de la malade continue à s'aggraver, l'ictère s'accroît, le ventre se ballonne, un mouvement fébrile, irrégulier, se déclare. La mort arrive le 3 avril.

En présence des renseignements cliniques précédents et avant tout examen méthodique du ganglion extirpé, on se fut difficilement défendu de l'idée d'une affection cancéreuse.

L'évolution rapide de la maladie, le développement de la cachexie en même temps que l'hypertrophie rapide et considérable du foie, plaident en faveur de l'hypothèse de cancer. En somme, tout concourait à faire admettre une affection cancéreuse.

Or, l'examen histologique du ganglion extirpé, montra qu'il s'agissait d'une infiltration tuberculeuse massive et presque uniforme, sur laquelle tranchent des nodules tuberculeux mieux dessinés, avec cellules géantes typiques et bacilles tuberculeux.

A l'autopsie, le foie présente l'aspect d'une cirrhose hypertrophique très faiblement granuleuse.

Au sommet du poumon gauche, il existe une symphyse ancienne et au centre du lobe supérieur, une masse tuberculeuse caséo-crétacée, autour de laquelle s'est faite récemment une éruption assez confluyente de granulations isolées et en amas mûrifomes.

Histologiquement, la lésion hépatique est une cirrhose bi-veineuse. On ne trouve pas de formation tuberculeuse.

M. Bucquoy (1) cite une observation à peu près semblable. Il a, dit-il, dans son service, une jeune femme de 28 ans qui présentait, lors de son entrée à l'hôpital, un état cachectique manifeste avec ascite abondante. L'existence d'une adénopathie sus-claviculaire droite, conduisit à diagnostiquer un cancer probable de l'estomac, en dépit de l'âge de la malade. On pratiqua deux fois la ponction de l'ascite et quand l'épanchement eut disparu, on put reconnaître par l'examen approfondi de l'abdomen, qu'il ne s'agissait pas de cancer gastrique, mais d'une cirrhose du foie qui évoluait vers la guérison.

Cette observation, ajoute-t-il, établit qu'il peut exister une adénopathie sus-claviculaire, indépendamment de tout cancer abdominal et que ce signe pourrait parfois entraîner à commettre une erreur de diagnostic.

Les deux observations suivantes, dans lesquelles le diagnostic cancer fut porté, alors qu'il s'agissait de tuberculose suffiront, nous l'espérons, à montrer combien difficile est quelquefois le diagnostic nosologique exact entre le cancer et la tuberculose.

I

Péritonite tuberculeuse avec tuberculose ganglionnaire, prise pour une péritonite cancéreuse avec généralisation aux ganglions cervicaux. Observation extraite des leçons de clinique médicale faites à la Charité, par M. Jaccoud, 5^e leçon.

C'est un homme de 35 ans, n'ayant aucun antécédent, qui est tourmenté depuis 2 ans par des douleurs abdominales qui lui ont à

(1) Bucquoy. Soc. Méd. Hôp., Paris, 1888, p. 28.

peine laissé quelques jours de répit. Alternative de constipation et diarrhée, quelques vomissements bilieux pendant 4 à 5 mois, ils n'ont pas manqué un seul jour. Ce malade, dont les forces sont à bout, a le teint terreux et est profondément cachectique. Il offre tous les signes d'une péritonite chronique. A l'auscultation, absence complète de râles, respiration un peu rude avec souffle bronchique au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Il y a là de la bronchophonie.

M. Jaccoud porte le diagnostic de cancer des poumons et cela surtout parce que dans la région sus-claviculaire gauche, le malade présente 5 ou 6 ganglions du volume d'une petite noix. Ces ganglions sont tuméfiés, indurés et semblent rouler comme de petites boules sous les téguments.

A l'autopsie, on trouva une petite quantité de liquide louche dans la cavité péritonéale, des fausses membranes unissant tous les viscères. Somme toute, lésions de péritonite tuberculeuse.

Plèvres et poumons intacts, seuls les ganglions du hile et les intertrachéo-bronchiques étaient hypertrophiés.

II

Tuberculose pulmonaire prise pour un cancer abdominal avec généralisation ganglionnaire. (Obs. Thèse Belin, 1888). Résumé.

L., 50 ans, coureur, profondément cachectique, ventre très distendu, membres grêles et émaciés. Cet état serait survenu peu à peu, début par une diminution de l'appétit, digestions pénibles, diarrhée, douleurs au niveau de l'épigastre.

Le ventre augmente de volume, œdème des membres inférieurs.

Dans la région sus-claviculaire gauche et visible à la simple inspection, existe une masse ganglionnaire saillante et indurée qui, au toucher, paraît formée de deux tumeurs distinctes, chacune du

volume d'un œuf de pigeon. Ascite libre et mobile dans la cavité abdominale, à la palpation on ne sent aucune masse indurée.

Le diagnostic porté par M. le professeur Jaccoud, fut celui de cancer diffus portant sur le foie, le mésentère et les ganglions.

· A l'autopsie, tuberculose des deux sommets.

L'examen microscopique montre qu'il s'agissait bien de tuberculose pulmonaire et ganglionnaire.

M. le professeur Jaccoud, qui fit une clinique sur ce malade, disait que deux maladies seules, le cancer et la tuberculose pouvaient expliquer ces symptômes. Il crut et cela à cause des ganglions sus-claviculaires, devoir porter le diagnostic suivant: cancer diffus intéressant le poumon, le foie, le mésentère et la plupart des ganglions.

— L'engorgement des ganglions sus-claviculaires est donc un signe trompeur au point de vue du diagnostic cancer. Il faut toujours penser à la tuberculose et ne l'éliminer qu'à bon escient.

— La tuberculose ganglionnaire ne suit pas toujours des allures aussi classiques que celles qu'on décrit généralement. A tel point que le diagnostic est souvent extrêmement difficile. Il en est ainsi surtout quand elle frappe plusieurs ganglions à la fois dans des régions différentes, lorsque les saillies ganglionnaires ne déterminent aucune douleur, grossissent graduellement ou même restent stationnaires et que l'état général est fortement atteint. On peut alors confondre la lymphadénie et le cancer avec la tuberculose ganglionnaire. Le diagnostic est facile si une explosion sur les poumons ou sur les séreuses vient terminer la scène morbide.

Lorsque ces accidents ultimes ne se produisent pas, ce n'est qu'à l'autopsie que le diagnostic est définitivement posé.

Voyons maintenant les adénopathies syphilitiques.

Les manifestations ganglionnaires de la syphilis atteignent assez fréquemment les côtés du cou, aussi n'est-il pas rare de voir les ganglions sus-claviculaires intéressés ; le diagnostic n'est embarrassant que lorsqu'il y a en même temps des troubles cachectiques pouvant en imposer pour un cancer.

M. Mathieu présentait à la Société Médicale des Hôpitaux, en 1895, l'observation suivante :

Un homme de 45 ans éprouvait des troubles digestifs accentués, du dégoût pour les aliments surtout pour la viande. Il avait notablement maigri, son teint était jaunâtre. L'hypothèse d'un cancer d'estomac qui se présentait immédiatement à l'esprit parut confirmée par la présence de ganglions indurés dans l'aire du triangle sus-claviculaire gauche. Le régime lacté mixte, l'usage du chlorate de soude à dose assez élevée amenèrent une certaine amélioration. Un jour on aperçut sur le corps quelques papules suspectes, ce fut le point de départ d'une enquête qui fit découvrir une syphilis datant de trois mois parfaitement ignorée du malade. Le traitement spécifique donna de si heureux résultats que l'on peut mettre sur le compte de l'infection syphilitique les troubles digestifs et l'amaigrissement général. La syphilis sera cependant une moindre cause d'erreur car généralement dans la syphilis il y a une polyadénopathie disséminée, le seul caractère commun c'est la dureté des ganglions dans la syphilis secondaire comme dans la généralisation néoplasique.

Dans une discussion provoquée à la Société Médicale

des Hôpitaux (1) au sujet d'une communication de Troisier sur un cas de cancer du canal thoracique, M. Albert Mathieu dit ceci :

« Nous ne sommes pas étonnés quand nous voyons une adénopathie de l'aîne succéder à une lésion du pied, il n'y a pas plus loin du pylore à la clavicule que du pied à l'aîne et le canal thoracique qui peut transporter des cellules cancéreuses, pourrait peut-être aussi transporter des germes infectieux capables de faire succéder une adénopathie cervicale à une lésion ulcéreuse, non cancéreuse de l'estomac ou de l'intestin et il cite plus loin l'observation d'une femme d'une quarantaine d'années ayant été soignée d'abord pour un ulcère rond. Après une amélioration passagère de quelques mois, elle avait été reprise de douleurs et de vomissements noirs semblables à de la suie délayée. La cachexie progressive, les vomissements noirs, l'existence d'une résistance profonde au creux épigastrique, la présence d'un petit ganglion dur, indolore, roulant sous le doigt, en arrière de la clavicule gauche amenèrent à penser à la transformation d'un ulcère simple en épithélioma. A l'autopsie, de l'avis de M. Cornil qui y assistait, il s'agissait d'un ulcère simple, il n'y avait du reste aucun noyau secondaire dans le foie et pas d'adénopathie cancéreuse au voisinage.

Malgré ces attaques, observations qui tendent à atténuer la valeur de ce signe, cette notion des adénopathies externes dans les cancers viscéraux devient absolument classique, je dirai même banale, si ces propagations éloignées n'étaient en somme assez rares.

(1) Troisier : *Communic. Soc. Méd. Hop.* 1897, p. 302.

L'adénopathie peut siéger dans le creux sus-claviculaire, la région inguinale et la région axillaire. Ce sont les ganglions sus-claviculaires gauches qui sont le plus souvent atteints ; mais l'adénopathie peut également siéger à droite ou être bilatérale. La plupart des cliniciens attachant à ces adénopathies éloignées une grande valeur diagnostique, il parut bon à MM. Soupault et Marcel Labbé d'essayer de réagir contre cette trop grande faveur. Aussi firent-ils en 1899 une communication (1) à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris sur la valeur diagnostique et pronostique des adénopathies dans le cancer épithélial.

Les cancers épithéliaux se propageant habituellement par la voie lymphatique donnent fréquemment lieu à des adénopathies. Il est de notion courante en clinique de considérer les ganglions tuméfiés chez les cancéreux comme étant eux-mêmes envahis par le cancer. C'est cette opinion que MM. Soupault et Labbé ont trouvé discutable et ils ont recherché dans 39 cas de cancer l'état histologique des ganglions et ils sont arrivés aux conclusions suivantes :

« L'examen clinique est insuffisant pour juger l'état d'un ganglion et il faut, pour faire un diagnostic précis de son état anatomique, recourir à l'examen histologique ».

En résumé, les hypertrophies ganglionnaires au voisinage d'un cancer ne sont pas toutes de nature cancéreuse.

(1) MM. Soupault et Marcel Labbé : Soc. Méd. Hop. Paris, 1899, p. 752.

Et parmi les adénopathies à distance ils ont eu surtout en vue les adénopathies sus-claviculaires et inguinales.

Tout d'abord l'adénopathie sus-claviculaire au cours du cancer constitue une rareté clinique.

Les Docteurs T. E. Satterthwarthe et W.H. Porter (1) publiaient, en 1879, cent observations de carcinomes. Sur ces 100 cancers 18 affectaient les organes internes : estomac, foie, intestin, œsophage, vessie. Dans aucun la propagation aux ganglions externes n'est signalée.

Dans une revue (1) sur la résection partielle de l'estomac, publiée dans les archives de chirurgie clinique de Langenbeck, par les Docteurs Carl Gussenbauer et Alex. Von Winiwater, on trouve les renseignements suivants : 903 autopsies de cancers de l'estomac et 5 fois seulement la propagation aux ganglions cervicaux est signalée, ce qui nous donne une proportion de 1 sur 180.

M. Charcot (2) avoue qu'il n'a jamais pu rencontrer ce signe bien qu'il l'ait recherché souvent.

Palmer compulsant les énormes statistiques des frères Mayo (de Rochester) a publié, en 1910, dans *Surgery Gynecology and Obstetrics* (1), un travail très documenté sur ce sujet. Sur 435 cancéreux de l'abdomen observés en 20 mois, comprenant 307 cancers de l'estomac, il n'a rencontré l'adénopathie sus-claviculaire de Troisier que

(1) New-York Médical Journal. Vol. 30, 1879, p. 225-269.

(1) Archiv. fur Klinische Chirurgie, von Langenbeck. Bd. 19, p. 372 et sq, 1876.

(2) Bulletin de la Soc. Anatomique, 1876, p. 460. Charcot.

(1) *Surgery Gynecology and Olstetrics*. Palmer. Pelvie transplantation metastasis as a means of recognition of hopoless abdominal carcinoma, p. 154.

l'on recherche pourtant si soigneusement, que 18 fois c. a. d. dans 4 o/o des cas.

Nous avons nous-même rassemblé une trentaine d'observations de cancers d'estomac dont cependant plusieurs étaient à la dernière période et nous n'avons trouvé qu'un cas douteux d'adénopathie sus-claviculaire, la malade ayant des lésions de grattage légèrement infectées au niveau du cou.

MM. Soupault et Labbé ne l'ont trouvée, en la recherchant systématiquement que 3 fois, sur 60 malades manifestement atteints de cancer abdominal.

— Pour attribuer à cette adénopathie une valeur diagnostique, il faudrait qu'elle fut toujours de nature cancéreuse. Or les examens histologiques montrent qu'elle peut, même dans les cas où il existe un cancer sous-diaphragmatique, relever de causes bien différentes.

Certes, elle peut être de nature cancéreuse et certaines observations de MM. Troisier, Jaccoud, Netter, Cornil, Ménétrier, ont établi d'une façon certaine, par l'examen histologique, la nature cancéreuse de la tumeur sus-claviculaire. Le volume du ganglion n'est d'ailleurs pas un indice de sa nature cancéreuse. Dans six cas de cancer sous-diaphragmatique, où MM. Soupault et Labbé (1) ont fait connaître l'examen histologique, une seule fois l'adénite était de nature cancéreuse et le ganglion était cependant de petit volume.

Mais elle peut être due aussi à une infection de nature différente et particulièrement à une infection par le bacille de Kock. Dans deux cas où pendant la vie des malades,

(1) Soupault et Marcel Labbé. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1899, p. 752.

MM. Soupault et Labbé avaient pu percevoir une adénopathie sus-claviculaire, l'examen histologique leur démontra que cette adénopathie était de nature tuberculeuse.

Peut être en était-il de même dans certaines observations où l'on parle seulement de ganglions ramollis ou calcifiés, mais l'absence d'examen histologique empêche de l'affirmer.

Dans ces cas le bacille de la tuberculose peut être puisé au niveau du foyer cancéreux, mais le plus souvent il vient d'une tuberculose pulmonaire concomittante.

Enfin, dans beaucoup de cas, les ganglions ont subi l'évolution scléreuse, indépendante du cancer comme la plupart des ganglions périphériques chez l'adulte. Mais il y a plus, les adénopathies sus-claviculaires peuvent exister sans cancer viscéral et il ne faut pas se fonder sur la présence des adénopathies pour poser le diagnostic de cancer.

Or, comme rien ne permet de diagnostiquer cliniquement à coup sûr, des ganglions cancéreux d'avec des ganglions atteints d'inflammation chronique. Soupault et Marcel Labbé concluent que ces adénopathies n'ont de valeur diagnostique que si leur nature cancéreuse a été prouvée par l'examen histologique.

Qu'il nous soit permis à ce sujet, de rappeler une communication du docteur Le Grand, de Rouen, qui propose de faire la biopsie ganglionnaire dans les cas de cancer de la verge, car il semble également prouvé que les adénopathies inguinales concomittantes ne sont pas toujours néoplasiques et, d'autre part, l'exérèse des ganglions

aggravant singulièrement le pronostic de l'intervention, il ne faut la faire qu'à bon escient.

Nous relaterons maintenant une observation (1) que nous devons à l'amabilité du professeur Devé et que nous sommes heureux de pouvoir remercier ici. Il s'agit d'un ulcère chronique de l'estomac avec ganglion de Froisier.

(1) Normandie médicale, 1^{er} juillet 1912, Dr Devé. Ulcère chronique de l'estomac avec ganglion de Froisier, par le Dr F. Devé.

Mme G., laveuse, âgée de 69 ans, entré dans le service du Dr Devé, le 31 octobre 1911, à la suite d'une hématomé. Cette femme qui paraissait avoir toujours été sobre, disait souffrir depuis une vingtaine d'années d'une gastrique chronique « due au lavage », outre des pituites quotidiennes, elle présentait surtout depuis 5 ans de véritables vomissements de liquide aigre et elle ressentait de vives douleurs à l'estomac.

La veille de son entrée à l'hôpital, le 30 octobre, elle avait été prise au milieu de son travail, de vertiges et d'un état demi-syncope, bientôt suivi d'un vomissement de sang de teinte noirâtre. Le 31 au matin, elle avait présenté deux nouveaux vomissements de sang noir. Le soir de son entrée dans le service, à la suite d'un examen cependant très discret, fait par l'interne au moment de sa contre-visite, la malade fut prise d'un nouveau vomissement de sang rouge (la valeur de 2 grands verres), le 1^{er} novembre, elle présentait des selles noires (Mœlena).

Après 48 heures de repos absolu, avec glace intus et extra, nous examinons la malade.

Femme extrêmement pâle, lèvres exangues, teint blanc jaunâtre. Bien qu'elle dise avoir maigri depuis plusieurs mois, elle possède encore un certain embonpoint. Pas de ballonnement du ventre, pas d'ascite.

L'exploration prudente de la région épigastrique révèle une

douleur encore assez vive, pas de tumeur. Le foie n'est pas gros; non plus que la rate. Pas de lésion cardiaque, pas d'hypertension, pas d'albumine.

En interrogeant la malade sur les caractères de ses troubles gastriques, on apprend que depuis de nombreux mois, elle souffrait de douleurs survenant environ 1 heure après les repas et qui dans les derniers temps étaient devenues à ce point vives qu'elles l'obligeaient à se plier en deux. S'il lui arrivait souvent de vomir ses aliments et des eaux amères, c'était la première fois qu'elle rendait du sang. Jusque-là, cette histoire cadrerait bien, en dépit de l'âge de la malade, de son amaigrissement, de son teint suspect, avec l'idée d'un vieil ulcère chronique de l'estomac. Mais la palpation de la région sus-claviculaire gauche devait nous faire découvrir deux ganglions durs, indolores, ayant l'un, le volume d'une noisette, l'autre, celui d'un gros haricot.

D'autre part, nous trouvions un gros ganglion induré et mobile dans l'aisselle gauche. Pas d'autres adénopathies, pas de splénomégalie, pas d'induration ombilicale.

Pareille constatation devait modifier notre première impression. La présence du ganglion de Troisier nous engageait à porter le diagnostic de cancer gastrique greffé sur un vieil ulcère. A l'appui de ce diagnostic, venait d'ailleurs le fait que la mère de la malade était morte d'un « chancre » de l'estomac.

A notre grande surprise, la situation ne tarda pas à s'améliorer sous l'influence du régime lacté et bientôt la malade qui ne souffrait presque presque plus, réclama avec insistance à manger, particularité plutôt rare dans le cancer. A partir du 23 novembre, on lui accorda des potages, des œufs et des pâtes. L'appétit persistait, l'anémie s'améliorait, les forces revenaient si bien que la malade demanda à sortir. Je pensais qu'il s'agissait là d'une de ces améliorations apparentes, de ces rémissions temporaires qu'on observe parfois après les hématémèses, chez les néoplasiques qui

peuvent s'alimenter. En signant son exeat, je recommandai à cette femme de revenir nous voir dans 2 ou 3 mois.

Elle n'y manqua pas, elle revint le 31 mars 1912, nous fûmes immédiatement frappés par sa bonne mine et son engraissement manifeste. On l'avait pesée dans le service le jour de sa sortie, elle pesait alors 48 k. 500, elle pesait actuellement 54 k. 500, soit un gain de 6 kilogrammes en 3 mois. Durant ce temps, la malade qui avait eu la sagesse de rester exclusivement aux laitages, s'était bien portée et n'avait plus vomi. Elle conservait pourtant ses gros ganglions sus-claviculaires et axillaires gauches qui n'avaient pas augmenté de taille (la malade nous déclara d'ailleurs, à ce moment, qu'elle croyait avoir ces grosseurs depuis de nombreuses années).

Devant cette amélioration paradoxale, je réformai donc mon diagnostic d'ulcéro-cancer, pour conclure à l'*ulcère simple chronique*.

Cette femme est revenue nous voir le 2 mai, elle pesait 55 k. 500 et le 4 juin elle pesait 57 k. 500.

Il nous paraît bon de donner complètement les idées et l'appréciation du docteur Devé sur ce cas, aussi citons-nous sa communication textuellement :

« Vous voyez aujourd'hui la malade devant vous en très bon état comme vous pouvez vous en assurer, elle présente encore ses ganglions qui ne se sont guère modifiés (ils paraissent cependant avoir légèrement diminué). Quelle est la nature de cette adénopathie ? Je ne saurais le dire. Il est très probable qu'il s'agit d'adénites tuberculeuses anciennes, scléreuses, éteintes.

Avant de vous présenter cette malade, j'ai voulu attendre un temps suffisant. Il y a maintenant plus de 6 mois qu'elle a été prise de ses hématoméses, elle a depuis ce

temps engraisé de 9 kilogs et j'y insiste, 9 kilogs de poids légitime, car elle ne présente aucun œdème.

Peut-être jugerez-vous ce délai de six mois encore un peu court pour permettre d'exclure définitivement le néoplasme.

Je regrette, d'autre part, de n'avoir pu soumettre cette malade à l'examen radiologique, la radioscopie gastrique eut peut être apporté des données complémentaires intéressantes.

Malgré cela, il m'a semblé que, telle quelle, cette observation était suffisamment démonstrative. Et il ne me paraît guère douteux que nous ayons été induit en erreur au début, par la constatation de l'adénopathie sus-claviculaire.

Sans doute, il s'agit d'un cas exceptionnel qui ne suffit pas à détruire la grande valeur séméiologique du ganglion de Troisier. De tels faits n'en méritent pas moins d'être présents à l'esprit des praticiens, *pour les engager à ne pas attacher à ce signe une valeur absolue, et les détourner de conclure* formellement à un diagnostic qui est aussi décourageant pour le médecin que pour la famille et que celle-ci ne pardonne guère au médecin lorsque l'évolution ultérieure ne le vérifie pas. »

Nous avons trouvé dans un bulletin de la Normandie Médicale (1) une autre communication du docteur Devé que nous relaterons également :

« A la séance du mois de juillet dernier, M. Le Grand et M. Jeanne avaient fait des réserves au sujet de la

(1) Normandie Médicale, 1^{er} fév. 1923, p. 59. Dr Devé. A propos de la valeur diagnostique du ganglion de Troisier.

valeur diagnostique de l'adénopathie sus-claviculaire gauche de Troisier en matière de cancer abdominal. Tout en accordant que cette adénopathie à distance est assez rare et généralement tardive, je crus devoir rappeler qu'elle constitue le premier signe révélateur d'un cancer gastrique latent et j'ajoutais bien imprudemment :

« J'observe en ce moment un cas de ce genre dans mon service ». Or, le malade auquel je faisais allusion est mort le mois dernier et l'autopsie a montré qu'il n'avait pas de cancer. Il s'était agi d'une anémie pernicieuse avec symphyse pleurale tuberculeuse latente. Le ganglion sus-claviculaire était à la coupe formé d'une masse scléro-caséuse. J'ai tenu à vous relater honnêtement mon erreur d'interprétation, ce fait vient confirmer les réserves de Soupault et Marcel Labbé. J'avais moi-même jadis exprimé des réserves de même ordre à propos d'un cas d'ulcère chronique de l'estomac accompagné d'adénopathie sus-claviculaire.

Bien qu'averti, je suis tombé dans l'erreur. Cette mésaventure instructive m'engagera à envisager dorénavant avec encore plus de méfiance la valeur diagnostique du ganglion de Troisier ».

Nous citerons maintenant deux observations publiées par le docteur Le Grand (1) dans lesquelles le diagnostic de tuberculose ganglionnaire paraissait improbable. L'évolution ultérieure a cependant montré que le bacille de Koch était bien en cause.

Voici ces deux observations :

(1) Normandie médicale, 1^{er} fév. 24, page 56. A propos des adénopathies sus-claviculaires de l'adulte. Dr Le Grand.

M^{me} Al., 56 ans, est une de mes opérées à qui j'ai fait, en mai, une gastroentérostomie sans exclusion du pylore, sous-anesthésie locale pour ulcus pyloro-duodenal, depuis l'opération elle engraisse régulièrement et ses douleurs ont disparu.

Un an après elle m'est renvoyée en consultation par son médecin très inquiet. Depuis deux mois, en effet, elle présente des adénopathies sus-claviculaires énormes et en même temps une toux coqueluchoïde incessante, due probablement à une adénopathie trachéo-bronchique concomittante. Le médecin pense à une propagation ganglionnaire d'un néoplasme gastrique. Un examen radioscopique montre, en effet, une très volumineuse adénopathie hilare bilatérale.

L'état général de la malade étant cependant satisfaisant, l'examen du sang ne révélant aucune leucémie, et malgré l'absence de toute lésion pulmonaire, je penche vers le diagnostic de tuberculose ganglionnaire.

Traitement intensif Iode Arsenic. Applications de radiothérapie dans la zone trachéo-bronchique, applications suivies d'une cessation rapide des crises de toux et d'une régression nette des masses ganglionnaires.

Envoyée dans le midi la malade a vu tous ses ganglions disparaître cependant que le poids augmentait rapidement.

Fait à noter : l'adenopathie était uniquement sus-claviculaire et trachéo-bronchique.

Plus démonstrative est la deuxième observation :

V., 63 ans, je l'opère de hernie double en septembre 1922. Etant donné son âge, je multiplie avant l'intervention les épreuves. Il est en parfait état sans aucune lésion pulmonaire, une pression artérielle tout-à-fait normale, une constante excellente, un Bordet-Wasserman négatif. C'est un homme très sobre, très sain, fort

intelligent et sachant s'observer. Les suites opératoires après rachi-anesthésie furent remarquablement simples.

En janvier 1923, il remarque une tuméfaction sus-claviculaire droite qui augmente rapidement jusqu'à atteindre le volume d'une noix, je le vois en février, constate l'unilatéralité, la dureté presque ligueuse, l'adhérence apparente au plan claviculaire.

Et je suis fort embarrassé pour faire un diagnostic étant sous l'impression de l'examen que je lui avais fait subir peu de temps auparavant montrant son parfait état. Je crois à la possibilité d'un néoplasme local.

A la fin de février la masse se ramollit, s'abcède. Une ponction faite par mon ami le docteur Rubens Duval extrait un peu de pus filant qui est inoculé au cobaye. Pas de bacilles à l'examen direct, mais inoculation nettement positive prouvant la nature tuberculeuse de ce pus. Ultérieurement l'abcès s'est fistulisé. La fermeture complète de la fistule s'est produite au mois d'août. Le malade avait fait là, de toute évidence, une réaction de défense contre la réinfection : un phénomène de Koch ; il avait expulsé ses bacilles par abcission.

J'ai été frappé de ce fait que mes deux malades ont eu cette poussée ganglionnaire après une intervention chirurgicale. Il est logique de supposer que le traumatisme opératoire a mobilisé quelques bacilles. Il est probable qu'entre la septicémie tuberculeuse brutale et mortelle tant redoutée des chirurgiens intervenant sur un foyer tuberculeux et se traduisant par une tuberculose miliaire aiguë, une granulie ou une méningite et ces cas de mobilisation très atténuée et anodine de bacilles, il y a tous les intermédiaires ».

Chez l'enfant le diagnostic des adénopathies sus-clavi-

culaires est d'ordinaire facile, la tuberculose étant en cause dans la grande majorité des cas.

Chez l'adulte, au contraire, le problème est beaucoup plus difficile à résoudre et plus angoissant aussi, le cancer étant souvent suspecté.

On pense, en effet, que la tuberculose ganglionnaire est relativement peu fréquente chez l'adulte âgé et le vieillard et on a tendance à l'écarter. C'est là une notion classique.

Renon faisait remarquer que l'enfant se défend contre la tuberculose comme le fait un cobaye inoculé pour la première fois par une réaction vive du système lymphatique et, de fait, la tuberculose ganglionnaire frappe surtout les enfants et les adolescents, les cas les plus nombreux apparaissent entre 11 et 25 ans avec maximum entre 16 et 20 ans.

Quant à l'adulte âgé et au vieillard il serait, toujours d'après les classiques, peu atteint, le pourcentage, d'après de récentes statistiques, n'étant plus après 55 ans que de 1,2 0/0 des cas.

Mais Schwes (1), dans un article de la Presse Médicale de juin 1923, étudiant les abcès ganglionnaires du cou, d'après une forte statistique personnelle, avait été surpris de la proportion insolite de cas de tuberculose ganglionnaire observés chez les adultes et les vieillards depuis la guerre.

Nous concluons avec Schwes qu'il faut attirer l'attention sur la nécessité de reviser les données classiques

(1) Schwes : Presse Médicale, juin 23. Au sujet des ganglions et abcès tuberculeux du cou.

relatives à l'apparition de ganglions tuberculeux chez les gens âgés.

Si le signe de Troisier est de valeur médiocre, il est d'autres signes, d'une importance du moins aussi considérable, que nous devons signaler.

Nous terminerons notre travail en rappelant ces signes à distance des cancers abdominaux sur lesquels M. le Professeur Lejars (1) a attiré l'attention en 1910.

Il s'agit de la plaque indurée prérectale (noyau métastatique du cul de sac de Douglas) et du froncement induré de l'ombilic.

Pour le premier, il nous suffira de rappeler la statistique de M. Palmer (2) où il expose un ensemble de 435 cancers de l'abdomen supérieur observés pendant les vingt derniers mois à la clinique de MM. Mayo de Rochester ; de ces 435 tumeurs 307 se rapportent à l'estomac, les autres ont trait à l'intestin, au pancréas, au foie, à la vesicule biliaire. Or, dans 6,5 o/o des cas, on avait découvert, à l'examen rectal systématiquement pratiqué, « la métastase pelvienne » qui à elle seule avait permis de conclure à l'inopérabilité et de juger du pronostic ; l'induration spéciale du Douglas avait été constatée en toute netteté chez 28 malades et d'autre part, aucun d'eux ne donnait trace, à l'examen d'autres noyaux secondaires abdominaux ; deux fois seulement on trouvait de l'ascite. Le dépôt pelvien avait donc une signification toute particulière et propre ; quant au cancer pri-

(1) Professeur Lepars : Semaine médicale, juill. 1910, p. 340.

(2) Dr W. Palmer : Surgery Gynecology and Obstetrics, 1910, p. 154.

mitif, il affectait l'estomac chez la plupart de ces malades et aussi l'anse ileo-cœcale, le colon ascendant, l'S iliaque, le foie. Sur ces 28 cas on comptait 10 femmes et, durant la même période, on releva deux exemples de cancer ovarien consécutif à un néoplasme gastrique. Il convient de noter encore que, des 435 « cancéreux de l'abdomen » observés en 20 mois, 18 seulement portaient une adénopathie sus-claviculaire et 2 fois l'adénopathie en question était combinée au pelvic déposit.

Comment donc se présente à l'examen ce signe pelvien notablement plus fréquent que l'adénopathie sus-claviculaire classique ? Par le toucher rectal, en s'aidant du palper sus-pubien, on découvre à une profondeur de 7 à 10 centimètres de l'an us, au-dessus de la prostate, au-dessus et en arrière de l'utérus chez la femme, le long de la paroi rectale antérieure, une plaque indurée, immobile, manifestement intrapéritonéale ; elle est médiane, appliquée sur le devant du rectum ; au début on peut constater plusieurs nodosités ; elles se fusionnent ultérieurement et le volume de la masse dure prérectale varie de la grosseur d'un haricot à celle d'une orange. En général, la masse s'infiltré dans la paroi rectale et tout autour de l'intestin : elle finit par constituer une sorte d'anneau, de collier, de consistance toujours ferme et chondroïde. La muqueuse reste intacte et cela à toutes les périodes ; elle ne s'ulcère jamais, elle ne saigne jamais.

Enfin, l'extrémité sus-prostatique de la plaque indurée se soulève, assez souvent, en relief et contribue à rétrécir la lumière du rectum.

Quelques réserves sont à faire, sans doute, au premier examen, et l'on ne doit pas oublier que certaines cellulites pelviennes chroniques, que la péritonite tuberculeuse peuvent donner lieu à des infiltrations péri-rectales de même apparence, et que même si l'exploration était trop rapide, certaines masses fécales haut situées, la valvule de Houston épaissie, pourraient, comme l'indique M. Palmer, induire en erreur. La localisation de la plaque pré-rectale et sa consistance particulière fourniront, d'ordinaire, les moyens d'en interpréter la nature et cette fois encore, on ne fera état, bien entendu, que des cas suffisamment nets.

On explique cette métastase lointaine et déclive, par l'implantation directe des cellules cancéreuses émancées de la tumeur primitive et « tombées » au fond du « Douglas ». Il est arrivé que la constatation de la plaque indurée prérectale, fut le premier indice qui révélât un cancer de l'estomac ou de l'intestin, latent et méconnu jusqu'alors. La présence d'un pareil signe a pu suffire encore à faire admettre et très justement, le cancer, dans les cas d'ulcère calleux, d'interprétation douteuse.

Pour le pronostic vital, le signe pelvien est d'une gravité toute particulière.

Il demande donc à être recherché et dans tous les cas de cancers abdominaux, dans tous les cas douteux, l'exploration rectale doit être pratiquée avec le plus grand soin et en règle constante.

Le « signe ombilical » lui aussi, mérite une aussi large place que l'adénopathie sus-claviculaire et si l'on en parle

moins, les ressources qu'il peut assurer au diagnostic et au pronostic, ne sont pas d'une utilité moindre.

Il faut examiner de près et toujours l'ombilic, de façon à ne pas laisser « un début » de lésion, un froncement anormal, une induration commençante parfois même, une rétraction partielle. Si l'on est bien prévenu de ces faits et que l'on se livre à une exploration minutieuse, on peut trouver là encore, les éléments d'un diagnostic très précoce.

En résumé, les signes de métastases à distance n'ont de valeur que par leur netteté absolue, ils sont très fréquemment sujets à discussion.

CONCLUSIONS

I. — L'adénopathie sus-claviculaire de Troisier est très rare et n'apparaît qu'à la période ultime des cancers sous-diaphragmatiques.

II. — Il ne faut pas la considérer comme un signe pathognomonique d'un cancer abdominal, d'après l'avis même de M. Troisier.

III. — Dans la plupart des cas, l'adénopathie sus-claviculaire est d'origine tuberculeuse.

IV. — Il semble que pour le diagnostic à distance des cancers abdominaux, le toucher rectal ait plus d'importance que la palpation du creux sus-claviculaire : La constatation du « Pelvic deposit » dans le Douglas, est un signe important qui lui aussi est trop tardif.

V. — L'adénopathie sus-claviculaire gauche de nature cancéreuse, quoique rare, existe. Elle est presque toujours un signe d'inopérabilité, étant un signe de généralisation.

Yu, le Président de la Thèse :
LEJARS.

Vu : Le Doyen :
ROGER.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL,

BIBLIOGRAPHIE

- Troisier.* -- Soc. Méd. Hôp., 28 juil. 99, p. 756.
- Henoch.* — Klinik der Unterleibs Krankheiten, 1854, 1^{er} vol., p. 233, 2^e vol., p. 159.
- Oppolzer.* — Veiner Medicinische Wochenschrift, 1865, p. 38.
- Jaccoud.* — Leçons de clinique médicale faites à la Charité, 1886, 5^e leçon.
- Leube.* — Zimssen's Handbuch, Bd. VII, 2, 1879, p. 127. Krankheiten der Chylopoet. App. I.
- Mazand.* — Thèse Paris, 1877.
- Troisier.* — Soc. Méd. Hôp., 1886, p. 394.
- Troisier.* — Soc. Méd. Hôp., 1888, p. 501.
- Petit.* — Soc. Méd. Hôp., 1888, p. 26.
- Troisier.* — Arch. Gén. Méd., 1889, p. 129 et 297.
- Troisier.* — Arch. gén. Méd., 1893, p. 423.
- Poncet.* — Lyon Médical, 31 décembre 1893.
- Troisier.* — Soc. Méd. Hôp., 28 juill., 1899, p. 756.
- Poirier.* — Traite d'anatomie. Les lymphatiques (Cunéo).
- Truffert.* — Les aponévroses et les loges du cou.
- Rousseau.* — Thèse Paris, 1895.
- Catrin.* — Soc. Méd. Hôp., 1893, p. 800.
- Fernet.* — Bull. Soc. Méd. Hôp., 1893, p. 801.
- Girode.* — Bull. Soc. Méd. Hôp., p. 73.
- Bucquoy.* — Soc. Méd. Hôp. Paris, 1888, p. 28.
- Belin.* — Thèse Paris, 1888.
- Troisier.* — Soc. Méd. Hôp., 1897, p. 302.
- MM. Soupault et M. Labbé.* — Soc. Méd. Hôp., 1899, p. 752.
- W.-H. Porter.* — New-York Medical Journal, vol. 30, 1879, pp 225-269.
- Archiv. fur Klinische Chirurgie, von Langenbeck.* Bd. 19, p. 372 et sq. 1876.
- Charcot.* — Bull. Soc. Anatomique, 1876, p. 460.
- Palmer.* — Surgery. Gynecology and Obstetrics, 1910, p. 154.

- Le Grand.* — Normandie Médicale, 1^{er} juill. 1923, p. 189.
Devé. — Normandie Médicale, 1^{er} juill. 1912.
Devé. — Normandie Médicale, 1^{er} février 1923, p. 59.
Le Grand. — Normandie Médicale, 1^{er} février 1924, p. 56.
Schwers. — Presse Médicale, juin 1923.
Lejars. — Semaine Médicale, juill. 1910, p. 340.
Cuneo. — Thèse Paris, 1900.
Le Grand. — Normandie Médicale, 1^{er} août 1922.
Cornil. — In Mem. de l'Acad. de Médecine, t. XLVII.

